

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1271	ESTABLECIMIENTO DE SALUD San Bartolo	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Calero	SEGUNDO APELLIDO Bautista	PRIMER NOMBRE Kliver		SEGUNDO NOMBRE Ramón	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 19/12/1983
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0984682117		REFERENCIA ☒		DERIVACIÓN ☐		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Provincia: Manabí Cantón: Bolívar Parroquia: Caluta		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipo en mal estado 5. Problemas de infraestructura		6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
--------------------------------	--------------------------	----------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente con antecedentes clínicos de relevancia que hace aproximadamente 6 meses sufrió accidente torcedura del tobillo derecho, no recibió atención médica, tras evento presenta dolor del área de lesión que empeora con la carga y aparentemente ha modificado puntos de apoyo de pie derecho.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Traumatismo del pie y del tobillo, 5999				2			
2. no especificados							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2025/02/03	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Gabriel	PRIMER APELLIDO Intriago	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1310605552	FIRMA Intriago Zambrano Gabriel	Dr. Gabriel Intriago Zambrano ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Reg. MSP 1310605587 RNE SANESECT 11072/0172/2416009		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
----------------------------	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	
---	--

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	
--	--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO